CONDIÇÕES GERAIS
SAFIRA PF QC– REG. ANS 506.803/25-7
VERSÃO 01/2026

ÍNDICE DE CLÁUSULAS

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE
2. ATRIBUTOS DO CONTRATO
3. CONDIÇÕES DO CONTRATANTE E DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS
4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS
5. EXCLUSÕES DE COBERTURA
6. DA DURAÇÃO DO CONTRATO
7. PERÍODOS DE CARÊNCIA
8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES
9. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIAE EMERGÊNCIA
10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO
11. FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DOS VALORES CONTRATADOS – MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO.
12. REAJUSTE
13. FAIXAS ETÁRIAS
14. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
15. RESCISÃO/SUSPENSÃO
16. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS
17. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS
18. DEFINIÇÕES
19. DISPOSIÇÕES GERAIS
20. ELEIÇÃO DE FORO

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE.

1.1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA: VIVER SAÚDE LTDA., nome fantasia Viver Saúde, classificada como Operadora de plano de saúde na modalidade Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 42448-0, com matriz em Natal/RN, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 58.054.221/0001-22, com sede na Rua Campos Sales (equina com a Rua Maxaranguape), 920, Tirol, CEP 59.020-300, representada na forma de seu contrato social, doravante denominada "**CONTRATADA**" ou "**OPERADORA**".

1.2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE: Pessoa física já qualificada na Proposta de Adesão, a qual contempla o número da versão do contrato de plano privado de assistência à saúde ora firmado, doravante denominado "**CONTRATANTE**" ou "**BENEFICIÁRIO**". O **CONTRATANTE** poderá ter a qualidade de beneficiário titular do plano de saúde ou poderá ser somente responsável pelas obrigações contratuais deste instrumento. **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, quando em conjunto, doravante denominados simplesmente "**CONTRATANTES**" ou "**Partes**".

1.3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:
Nome Comercial: **SAFIRA PF QC**
Registro de Produto na ANS n° **506.803/25-7**

1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO:

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

A contratação deste contrato é definida como Individual ou Familiar.

1.5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:
O Plano possui segmentação assistencial Ambulatorial, Hospitalar sem Obstetrícia

1.6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:
A área geográfica de abrangência é qualificada como Grupo de Municípios.

1.7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:
Compõe a área de atuação deste plano: Natal/RN, Parnamirim/RN e São Gonçalo do Amarante/RN.

1.8. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:
Coletivo (Enfermaria/ Semi Privativo)

1.9. FORMAÇÃO DO PREÇO:
A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada é o preço preestabelecido.

1.10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO:
ASSISTENCIAIS: Porta de entrada; Autorização prévia; Direcionamento ou hierarquização do acesso; Referenciamento de prestador;
FINANCEIROS: Coparticipação, conforme Proposta de Adesão.

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. OBJETO DO CONTRATO
2.1.1. O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando à Assistência Médica e Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, por meio dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS vigente à época do evento, a serem garantidos exclusivamente na rede credenciada e contratada da **OPERADORA**, de acordo com os mecanismos de regulação assistenciais explicitados nesse Contrato e Anexos.

2.2. NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO
2.2.1. A natureza do presente instrumento jurídico é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (CDC), no que couber.

2.3. USO DO GÊNERO
2.3.1. As definições contidas neste Contrato se aplicarão tanto no singular quanto no plural e o uso de qualquer termo no gênero masculino incluirá o gênero feminino e vice-versa.

3. CONDIÇÕES DO CONTRATANTE E DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Contratante, Titular e Representante Legal
3.1. Para efeito deste Contrato, o **CONTRATANTE** será a pessoa física maior e capaz ou menor representada ou assistida, nos termos da legislação civil.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

Titulares
3.2. O Titular poderá ser o próprio **CONTRATANTE** ou quem ele indicar. Não sendo o **CONTRATANTE** o Titular, o **CONTRATANTE** será o único responsável pelas obrigações contratuais previstas nesse instrumento.

Dependentes
3.3. São beneficiários dependentes em relação ao beneficiário titular, aqueles listados abaixo, salvo se expressamente estabelecido de forma diversa na proposta:
a) o(a) cônjuge, o(a) companheiro, em União estável, sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo por decisão judicial;
b) o(a) companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.
c) o(s) filho(s) e o(s) enteado(s) até 58 anos;
d) o(s) menor(es) sob guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s);

Filhos, Menores sob Guarda e Tutela – Condições Especiais Legais
3.4. É assegurada a inclusão do recém-nascido natural ou adotivo, do recém-nascido sob guarda ou tutela, do menor de 12 (doze) anos adotado pelo beneficiário, ou sob guarda ou tutela deste, do filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a categoria do beneficiário a ser incluída esteja arrolada como dependente no item acima.
3.4.1. A inclusão do recém-nascido filho em até 30 (trinta) dias do nascimento ou da concessão da adoção, ou do recém-nascido sob guarda, no mesmo prazo, tendo o pai ou a mãe, ou o responsável legal cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, ocorrerá com isenção de carências e sem que haja alegação de Doença ou Lesão Preexistente. Caso o pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido filho ou o recém-nascido sob guarda ou tutela, incluído dentro dos primeiros 30 (trinta) dias do nascimento, da concessão da adoção, da tutela ou guarda, aproveitará as carências do pai/mãe ou responsável legal e não haverá alegação de Doença ou Lesão Preexistente.
3.4.2. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, poderá ocorrer arguição de Doença ou Lesão Preexistente - DLP, bem como a imposição de Carências.

Inclusão de Dependentes
3.5. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

3.6. Ficará a cargo do Titular, quando do preenchimento da Proposta de Adesão, informar a relação dos beneficiários dependentes a serem inscritos, contendo a respectiva qualificação e documentos comprobatórios.

3.7. Ocorrendo alterações dos dados cadastrais dos beneficiários, bem como de endereço, número de telefone, *Whastapp*, deverá a informação ser repassada à **CONTRATADA**, pelo Titular, **CONTRATANTE** ou Responsável Legal, sob pena de se sujeitar às consequências dessa omissão

3.8. Poderão ser incluídos beneficiários dependentes, posteriormente à celebração deste contrato, desde que solicitado pelo beneficiário titular.

3.9. Em caso de inclusão de novo(s) dependente(s), este(s) deverá(ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste contrato.

3.10. Todos os beneficiários deverão preencher por si ou por meio de seu representante legal as informações solicitadas na Declaração de Saúde.

3.11. A **CONTRATADA** poderá, a seu critério, solicitar, sob suas expensas, a realização de exame prévio e a realização de perícia para admissão nos beneficiários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como solicitar, documentação probatória das declarações do **CONTRATANTE**.

3.12. O beneficiário que, tendo sido incluído no plano por atender às condições exigidas, deixar de satisfazê-las posteriormente, será notificado da exclusão que ocorrerá em 30 (trinta) dias e para firmar contrato em seu próprio nome.

3.13. O beneficiário que tiver seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderá exercer a portabilidade de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência, na forma prevista nas Resoluções Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre o tema.

Documentos exigidos para Inclusão e Exclusão
3.14. A condição de dependência deverá ser comprovada pelos beneficiários através de documentos oficiais, os quais estão abaixo arrolados. Essa listagem poderá variar, caso a Proposta de Adesão preveja outros dependentes que não estejam arrolados neste contrato. Neste caso, a Proposta de Adesão indicará também os respectivos documentos. Documentos exigidos para inclusão:
a) Cédula de Identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e CPF para o titular e dependentes;
b) Cópia da Certidão de Nascimento dos filhos menores de 16 anos (quando não possuir RG), ou documento que comprove que o titular é o responsável;
c) Cópia da Certidão de Casamento ou declaração de União Estável com reconhecimento de firma da assinatura do casal (ambos os companheiros);
d) Declaração de saúde e carta de orientação preenchidas.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A **OPERADORA** assegurará aos beneficiários regularmente inscritos, a cobertura básica prevista neste item, compreendendo a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, dentro da segmentação assistencial Contratada, exclusivamente na rede credenciada da **OPERADORA** e na área de atuação do plano de saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS vigente à época, obedecendo às condições previstas nas diretrizes de utilização e demais normativas em vigor, salvo as exceções mencionadas no item "Exclusões de Cobertura" deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98.

4.2. O Plano ora contratado compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, em todas as modalidades de internação hospitalar, com exceção dos procedimentos e atendimentos característicos da segmentação obstétrica, os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, desde que haja solicitação de médico assistente, observadas as especificações a seguir.

A – COBERTURA AMBULATORIAL
A1. Compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, credenciados e indicados no Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, para os

procedimentos definidos e listados na segmentação ambulatorial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar em quaisquer das suas modalidades ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

a) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

II. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

III. Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.

IV. Cobertura de psicoterapia de acordo com o estabelecido na Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme solicitação do médico assistente.

V. Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme solicitação do médico assistente.

VI. Cobertura das ações de planejamento familiar para a segmentação ambulatorial, listadas no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.

VII. Cobertura de atendimentos da segmentação ambulatorial caracterizados como urgência e emergência assim definidos na forma da Lei 9656/98.

VIII. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência assim definidos na forma da Lei 9656/98 e quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente.

IX. Cobertura de hemodiálise e diálise peritonial – CAPD, conforme solicitação do médico assistente.

X. Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

XI. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme solicitação do médico assistente, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei n° 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 e suas atualizações; e

b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

XII. Cobertura de procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial listados no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente:

XII.1. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a **OPERADORA** deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

XIII. Cobertura de procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.

XIV. Cobertura de hemoterapia ambulatorial, conforme solicitação do médico assistente;

XV. Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.

XVI. Cobertura ao planejamento familiar no que refere às ações educacionais, de aconselhamento e de atendimento clínico.

B – INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.1. A **OPERADORA** garante aos beneficiários os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, à exceção daqueles pertencentes exclusivamente à segmentação obstétrica, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, e previstos na Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, respeitando a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços Contratada, credenciada ou referenciada da **OPERADORA** de plano privado de assistência à saúde, os prazos de carência estabelecidos no contrato e observadas as seguintes disposições:

I. Cobertura de diárias de todas as modalidades de internação hospitalar, com exceção da obstétrica, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

II. Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações:

II.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

II.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
III. Custeio integral de 30 dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, exclusivamente na rede referenciada pela **OPERADORA** para este plano.
III.1. Havendo utilização maior que 30 (trinta) dias durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada coparticipação por dia de internação. Essa coparticipação é específica para as internações psiquiátricas e será de 50% do valor da internação, contratado entre a **OPERADORA** e o prestador.
IV. Cobertura de transplantes listados nos Anexos da RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob às expensas da Operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
b) os medicamentos utilizados durante a internação;
c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
IV.1. Os procedimentos de transplantes, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter -se à legislação específica vigente, ressaltando -se as seguintes regras:
a) na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
b) as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma e autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).
c) são competências privativas das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
d) os exames e procedimentos pré e pós -transplantes, para fins das disposições das normativas relacionadas a prazos de garantia de procedimentos, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, são considerados procedimentos de emergência assim definidos na forma da Lei 9656/98, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.
V. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecidos os seguintes critérios:
a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais;
b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, seus Anexos e suas atualizações, respeitando-se a segmentação Contratada.
VI. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações,

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

devendo ser observadas as seguintes disposições da Resolução Normativa – RN n° 424, de 26 de junho de 2017 e suas atualizações:
a) cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
b) o profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
c) a **OPERADORA** deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a **OPERADORA** discordar das marcas indicadas.
VI.1. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, seus Anexos e suas atualizações, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção, retirada e manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente.
VII. Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos casos em que o beneficiário seja criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, idoso a partir de 60 (sessenta) anos de idade e pessoa portadora de deficiência, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.
VIII. Cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, para segmentação hospitalar, executados por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.
IX. Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares, solicitados por cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.
IX.1. O imperativo clínico caracteriza -se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

X. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a **OPERADORA** deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.
XI. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem (exceto em caráter particular) e alimentação.
XII. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
XIII. Cobertura de toda e qualquer taxa, inclusive as taxas de sala de cirurgia, bem como materiais utilizados e esterilizações, de acordo com o porte cirúrgico.
XIV. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, somente dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato.
XV. Cobertura assistencial obrigatória dos insumos necessários para a realização de procedimentos cobertos na Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, seus Anexos e suas atualizações, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.
XVI. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
XVII. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos moldes da RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, seus Anexos e suas atualizações.
XVIII. É assegurada a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.
XIX. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecidas no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.
XX. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos da ANS, e seus Anexos, serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente.
XXI. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, são garantidos se constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.
XXII. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo cobertura por este plano.
XXIII. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas serão assegurados somente quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento.
XXIV. É assegurado ao beneficiário deste plano o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, de acordo com os Anexos da Resolução Normativa – RN 465/2021 e suas alterações posteriores.

C – IMPORTANTE

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

I. Os itens inseridos nesta cláusula "cobertura" são taxativos, alterando -se somente em função da edição de novo rol pela ANS, responsabilizando-se o **CONTRATANTE** por quaisquer outras despesas.
II. Quando da edição de novos róis, pela ANS, poderá ocorrer:
a) INCLUSÃO DE NOVOS PROCEDIMENTOS;
b) EXCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS;
c) PREVISÃO DE NOVAS TÉCNICAS MÉDICAS OU PROFISSIONAIS;
d) ALTERAÇÃO DE NOMENCLATURA DE PROCEDIMENTOS;
e) EXCLUSÃO DE TÉCNICAS MÉDICAS OU PROFISSIONAIS; e
f) ALTERAÇÃO DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO e CLÍNICAS DOS PROCEDIMENTOS, BEM COMO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO.
III. Desta forma, com a edição de novo Rol de procedimentos ocorre mudança nos direitos dos Beneficiários ao acesso à cobertura, com o quê o **CONTRATANTE** está ciente e de acordo.

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº 9.656/98, respeitadas as coberturas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, estão excluídos da cobertura do plano ora contratado os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato, bem como:
(1) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que: a) emprega medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off-label*).
(2) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.
(3) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.
(4) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.
(5) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.
(6) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos incisos X e XI do art. 21 da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações e, ressalvando o disposto no artigo 14 da Resolução Normativa referenciada.
(7) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
(8) Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
(9) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
(10) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

(11) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou antes do cumprimento dos prazos de carências ou cobertura parcial temporária decorrente de doenças preexistentes, bem como aqueles prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato.
(12) Cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, nos casos em que:
a) a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC NÃO tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e
b) a ANVISA não tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto n° 8.077, de 14 de agosto de 2013.
(13) Fornecimento de medicamentos de manutenção, durante a fase de acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.
(14) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto a cobertura de cirurgias buco -maxilo -facial que necessitem de ambiente hospitalar e para aquelas passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.
(15) Despesas de acompanhantes não previstas neste contrato.
(16) Cirurgias para mudança de sexo.
(17) Produtos de toalete e higiene pessoal, fraldas, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato.
(18) Consultas, exames, procedimentos, terapias e tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência Contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos ou entidades não credenciadas à OPERADORA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados nos moldes deste contrato.
(19) Consultas, exames, procedimentos, terapias ou tratamentos realizados no exterior.
(20) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
(21) Cirurgias plásticas e procedimentos de natureza estética.
(22) Aplicação de vacinas.
(23) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.
(24) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares.
(25) Transplantes que não estejam cobertos na Resolução Normativa – RN n°465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, seus Anexos e suas atualizações.
(26) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.
(27) Procedimentos que não estejam previstos na Resolução Normativa – RN n°465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, seus Anexos e suas atualizações.
(28) Procedimentos que não atendam ou preencham a integralidade dos requisitos, critérios e diretrizes exigidos no Anexo II – Proposta de Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde, no Anexo III – Proposta de Diretrizes Clínicas e no Anexo IV – Protocolo de Utilização – PROUT, todos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações.
(29) Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina - CFM.
(30) Aparelhos ortopédicos.
(31) Realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

(32) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto.
(33) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando NÃO especificados no Anexo I da Resolução Normativa – RN 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, de acordo com a segmentação Contratada.
(34) Atendimentos realizados por profissionais e/ou estabelecimentos não credenciados à OPERADORA, ou seja, não indicados no Guia Médico do plano ora contratado, ou de forma a não respeitar os MECANISMOS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAIS.
(35) Serviços ou coberturas adicionais de assistência à saúde não previstos neste instrumento, tais como, a título exemplificativo: assistência/internação domiciliar, assistência farmacêutica, transporte aeromédico, emergência domiciliar, transplantes não obrigatórios, procedimentos estéticos, assistência internacional, saúde ocupacional, remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável, prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência, isenção por praz o determinado do pagamento da mensalidade na eventualidade de desemprego e outros.
(36) Atendimentos domiciliares, escolares, em logradouros públicos, praças e parques, escolas esportivas, em qualquer local diverso ao previsto na Lei 9.656/98 e nesse contrato.
(37) Quaisquer procedimentos, exames e atendimentos, à exceção da consulta médica, não solicitados por médico assistente.
(38) Quaisquer procedimentos pertencentes somente à segmentação obstétrica, tais como parto vaginal, parto cesariano, assistência ao parto e ao puerpério, cerclagem do colo uterino, entre outros.

6. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, com vigência inicial a contar da data da assinatura da Proposta de Adesão, ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, renovando-se automaticamente por prazo indeterminado, sendo vedada a recontagem de carências.
6.1.1. É vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor em razão da renovação, a cada ano contratual, salvo os reajustes contratuais previstos no presente instrumento.

6.2. A data de vigência dos contratos celebrados por meio eletrônico será o dia do efetivo pagamento da primeira mensalidade do plano de saúde, desde que não haja disposição diversa acordada entre as partes.

6.3. Por se tratar de interrupção na vigência do Contrato, a possibilidade de *Downgrade* e *Upgrade*, antes dos primeiros 12 (doze) meses do contrato, deve atender às regras de vigência mínima e será apreciada pela **CONTRATADA**.

6.4. Ultrapassados os 12 (doze) meses de vigência, caberá à **CONTRATANTE** o direito de realizar *Upgrade*, que é a troca de plano para outro com maiores coberturas, ou área de abrangência mais extensa que do plano original, sem o pagamento de multas. Poderá, a sua escolha, o **CONTRATANTE** solicitar *Downgrade*, que compreende a troca para plano de saúde com coberturas menores, ou área de abrangência menos extensa que do plano original.

6.5. Ocorrendo o *Upgrade* ou *Downgrade*, o presente contrato será cancelado e nova minuta e termo de adesão firmados, que retratem a nova negociação, sendo que, a contagem de períodos de carência,

quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelos beneficiários. Nesse caso, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, em relação ao acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento das carências a seguir especificadas.

7.2. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT, correndo eles de maneira independente.

7.3. A aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecida no plano contratado, a partir do ingresso do Beneficiário no contrato de plano de saúde; respeitado os seguintes os prazos de carência:
a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência, nos termos e limites da Resolução CONSU nº 13/98;
b) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos;
c) 300 (trezentos) dias para cobertura de parto a termo.

7.4. Os prazos de carência poderão ser negociados entre as Partes desde que expressamente estabelecidos na Proposta, que será parte integrante do presente Contrato.

7.5. Serão considerados os períodos de carência, porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo Beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma **OPERADORA**, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos.

7.6. Nessa hipótese, será cabível a imposição de novos períodos de carência, quando no presente plano for garantido acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações e área de abrangência maior que a anterior. As carências serão cobradas somente em relação às novas condições acrescentadas pelo Contrato atual.

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1. Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) Beneficiário(s) ou o seu representante legal saiba ser portador(es) ou sofredor(es), no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, d e acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998.

8.2. O beneficiário deverá informar à **OPERADORA**, por meio da Declaração de Saúde, acompanhada da Carta de Orientação ao Beneficiário, o conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

8.3. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela **OPERADORA**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

8.4. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **OPERADORA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

8.5. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

8.6. É vedada a alegação de omissão de informação de Doença ou Lesão Preexistente - DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **OPERADORA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

8.7. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **OPERADORA** oferecerá a Cobertura Parcial Temporária - CPT, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravo como opção à CPT a critério da **OPERADORA**.

8.8. Caso a **OPERADORA** opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT a critério da **OPERADORA**.

8.9. Caso a **OPERADORA** não ofereça Cobertura Parcial Temporária - CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária - COT ou Agravo.

8.10. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas pelo beneficiário ou pelo seu representante legal.

8.11. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura Contratada, para a Doença ou Lesão Preexistente – DLP declarada, após o cumprimento dos prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **OPERADORA** e o beneficiário.

8.12. O Agravo, que será facultativo o seu oferecimento, será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

8.13. Se for identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **OPERADORA** tem a prerrogativa de comunicar a alegação de

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar a abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária - CPT.

8.14. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

8.15. Após julgamento, e acolhida à alegação da **OPERADORA**, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente - DLP, bem como, será excluído do contrato.

8.16. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária - CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Contratada, Lei n° 9.656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observado o teor do Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão.

Perícia Médica
8.17. A **CONTRATADA** poderá, a seu critério, optar por requisitar ao Beneficiário que seja submetido à perícia, e apresentação de exames, em substituição à entrevista qualificada.

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1. Nos limites deste plano, observando-se, entre outros, a segmentação assistencial, os procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e hospitalar, os casos de urgência e emergência, na área de abrangência contratual.
Definição:
a) URGÊNCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
b) EMERGÊNCIA, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração de médico assistente.

9.2. A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência, definidos na forma da Lei 9656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional deverá reger -se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura e abrangência geográfica do contrato.

9.3. O atendimento da situação de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, será de acordo com a segmentação e abrangência Contratadas e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da **OPERADORA** ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

9.4. Nas situações de emergência e urgência, assim definidos na forma da Lei 9656/98 é assegurado aos beneficiários:
a) Garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência contratual de cada beneficiário.

b) Garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
c) Garantia dos atendimentos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, referentes ao processo gestacional, limitados até as primeiras 12 (doze) horas para atendimento da segmentação ambulatorial, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência.
d) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas para atendimento da segmentação ambulatorial, ou até que ocorra a necessidade de internação hospitalar em quaisquer das modalidades, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária - CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes - DLP.
e) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas para atendimento da segmentação ambulatorial, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, for efetuado no decorrer dos períodos de carência para quaisquer das modalidades de internação hospitalar.
f) Garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.
g) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para quaisquer das modalidades de internação hospitalar.
h) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária - CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

9.5. Serão observadas as seguintes regras no caso de remoção para unidade SUS:
a) quando não possa haver remoção por risco de vida, o **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **OPERADORA**, desse ônus;
b) caberá à **OPERADORA** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
c) na remoção, a **OPERADORA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, a **OPERADORA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

9.6. CONDIÇÕES DE REEMBOLSO
9.6.1. A **OPERADORA** assegurará o reembolso solicitado em até 30 (trinta) dias da data do pagamento, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas com assistência à saúde efetuadas pelo titular ou dependente, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, aqueles definidos na forma da Lei 9656/98, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela **OPERADORA**, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos moldes deste instrumento.

9.6.2. O reembolso, que não poderá ser inferior à tabela de preços do produto, será efetuado de acordo com a Tabela de Preços praticada pela **OPERADORA** e sua rede credenciada, da localidade da prestação dos serviços e vigente à data do evento, pagável no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:
a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório e alta;
c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais e faturas do hospital;
d) notas fiscais individualizadas de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
e) prova do efetivo desembolso das quantias objeto do reembolso;
f) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
9.6.3. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, após o qual o beneficiário deverá, obrigatoriamente, dirigir-se às entidades credenciadas para atendimento aos beneficiários do plano ora contratadas.
9.6.4. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data do evento.
9.6.5. Não serão reembolsados:
a) procedimentos realizados em caráter eletivo;
b) procedimentos não cobertos pelo plano;
c) eventos sem comprovação de pagamento e sem nota fiscal.
d) procedimentos obstétricos.
9.6.6. O valor referente à coparticipação, quando couber, poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. Condições de atendimento ao beneficiário: A **OPERADORA** assegurará aos Beneficiários inscritos neste contrato, as coberturas nele previstas, nas condições ajustadas, sendo que para ter qualquer atendimento o Beneficiário deve apresentar o cartão de identificação válido, físico ou virtual, fornecido pela **OPERADORA**, documento de identidade com foto e a observar o abaixo estabelecido.

A – Utilização de Documentos, Cartão e Biometria
No momento do atendimento, para sua regular fruição dos serviços, a **OPERADORA** fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, virtual ou físico, referente ao plano de saúde ora contratado, com descrição de suas características, cuja apresentação deve ser acompanhada de documento de identidade com foto, legalmente reconhecido, confirmação de biometria ou qualquer outro meio que venha a ser adotado pela **OPERADORA**.

10.2. O uso indevido do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO por qualquer beneficiário (titular ou dependentes), poderá ensejar pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo beneficiário do plano.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

10.2.1. Considera-se uso indevido para obter atendimento, a utilização do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO por terceiros que não sejam os beneficiários representados no cartão.

10.3. Ocorrendo a perda, extravio, furto ou roubo de quaisquer desses CARTÕES INDIVIDUAIS DE IDENTIFICAÇÃO, o **CONTRATANTE** deverá comunicar o fato à **OPERADORA**, para cancelamento ou quando for o caso, emissão de segunda via.

B – Utilização da Rede Credenciada

10.4. A **OPERADORA** assegurará os procedimentos cobertos pelo plano exclusivamente nos prestadores próprios, por ela contratados ou credenciados, dentro da área de abrangência, pertencentes a rede de atendimento do presente Contrato, conforme informado na Proposta de Adesão.

10.5. Será disponibilizado virtualmente aos beneficiários o Guia Médico da Rede Assistencial, nos termos da Proposta de Adesão. O referido guia fornecerá a relação de prestadores, com os respectivos endereços. Fica a cargo do beneficiário, a confirmação prévia das informações contidas no guia, em razão do processo dinâmico que gera constantes alterações Contratada na rede, bem como obedecer às regras que disciplinam o atendimento pelos prestadores.
10.5.1. A relação contendo os dados dos prestadores da operadora, disposta no Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, será atualizada periodicamente e disponibilizada no site da **OPERADORA**, podendo ainda o **CONTRATANTE** tirar dúvidas através dos canais de atendimento da **OPERADORA**.

10.6. A **OPERADORA** reserva -se ao direito de rescindir ou substituir, todo e qualquer contrato de prestação de serviços de sua rede assistencial contratada, referenciado ou credenciado, constante do Guia Médico da Rede Assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art. 17 da Lei n° 9.656/98, e demais instruções normativas editadas pela ANS.

10.7. Se o descredenciamento ocorrer durante o período de internação hospitalar, a **OPERADORA** assegurará as despesas hospitalares até a alta do beneficiário. Se o descredenciamento decorrer de constatação de infração às normas sanitárias, a **OPERADORA** transferirá o Beneficiário imediatamente, arcando integralmente com os custos.

C – Direcionamento, Referenciamento e Porta de Entrada

Direcionamento
10.8. A **OPERADORA** assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, através da Rede Assistencial, conforme Guia Médico, nos termos especificado abaixo:
a) Consultas e sessões: serão atendidos nos consultórios de médicos ou por profissionais médicos contratados ou credenciados para os referidos serviços, direcionados pela **OPERADORA**.
b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, direcionados pela **OPERADORA**.
c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados na rede própria ou credenciada, mediante direcionamento da **OPERADORA**.

Porta de Entrada e Organização do Acesso Assistencial

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

10.8.1. O plano de saúde adota o modelo de porta de entrada assistencial, estruturado com base na **Atenção Primária à Saúde**, por meio de atendimento inicial realizado por **médico de família, clínico geral ou profissional equivalente**, integrante da rede indicada ou direcionada pela **OPERADORA**.
10.8.1.1. A avaliação inicial tem por finalidade acolher o beneficiário, avaliar suas queixas clínicas, orientar o cuidado em saúde e organizar o acesso à rede assistencial, inclusive quanto à necessidade de encaminhamento para consultas com especialistas, realização de exames complementares ou procedimentos de maior complexidade.
10.8.1.2.O encaminhamento para especialidades médicas, exames ou procedimentos de maior custo ocorrerá sempre que houver indicação clínica, devidamente fundamentada pelo profissional responsável pela atenção primária ou pelo médico assistente, observadas as coberturas contratadas, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do atendimento e as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
10.8.1.3. A adoção da porta de entrada não tem por objetivo impedir, restringir ou dificultar o acesso do beneficiário aos serviços de saúde, mas sim promover o uso adequado da rede assistencial, a coordenação do cuidado, a segurança do paciente e a efetividade clínica, respeitados os atendimentos de urgência e emergência, que independem de autorização ou avaliação prévia, nos termos da legislação aplicável.

Referenciamento
10.9. A **OPERADORA** prestará serviços de Transplantes, Cirurgias Cardíacas, Quimioterapia, por meio de sua rede referenciada, de acordo com o indicado no GUIA MÉDICO, podendo, tais prestadores estarem localizados em municípios diferentes ao da área de abrangência contratual.

10.10. A Contratada atualizará periodicamente os procedimentos e tratamentos, cuja cobertura se dá por meio de prestadores referenciados, no site.

D – Autorização e Auditoria prévias

10.11. Os serviços e atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização e auditoria médica prévias da **OPERADORA**, a seu exclusivo critério, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência, na forma da Lei 9.656/98.

10.12. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais somente serão autorizados se solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente registrados em seus conselhos profissionais, não havendo restrição se não pertencentes à rede própria ou contratualizada da **OPERADORA**.

10.13. As autorizações serão obtidas pelo Beneficiário na sede da **OPERADORA**, ou por meio dos canais digitais da **OPERADORA**.

10.14. Para internações hospitalares eletivas, independentemente da modalidade, o beneficiário deverá procurar a **OPERADORA**, antes de se dirigir à rede hospitalar credenciada do plano contratado, apresentando o pedido de internação firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a **OPERADORA** emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

10.15. Estão sujeitos à autorização prévia todos os procedimentos e eventos que integram a cobertura deste contrato e que tenham natureza eletiva.

10.16. Nos procedimentos que exigem autorização e auditoria prévia, a Contratada garantirá ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador nos prazos estabelecidos pela regulação aplicável expedida pela ANS, a partir do momento da solicitação.

10.17. A **OPERADORA** indicará os documentos necessários para análise e poderá solicitar, em qualquer etapa do processo de autorização de procedimentos, a apresentação de documentos complementares que auxiliem na análise técnica do(s) procedimento(s) solicitado(s), a exemplo de laudos de exames, justificativas médicas, dentre outros.

10.18. A **OPERADORA** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades Contratadas ou não, a não ser que tenha previamente autorizado a fazê-lo mediante documento escrito. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

10.19. Incorrendo na hipótese do item anterior, de autorização de realização de acordos particulares, o beneficiário deverá apresentar os valores gastos à **OPERADORA**, mediante documentos, recibos e notas fiscais originais. O reembolso, depois de apresentada toda documentação solicitada, será realizado em até 30 dias. O valor referente à coparticipação, quando couber, poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

10.20. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela Contratada deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

10.21. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

10.22. A guia de autorização emitida tem validade por 30 dias e, após esse prazo, o beneficiário terá que renová-la no setor de atendimento da **OPERADORA**.

10.23. Caso não consiga encontrar prestador de serviços ou tiver dificuldade para agendar consulta de determinada especialidade, o beneficiário deverá contatar a **OPERADORA** para que esta lhe indique um prestador que lhe atenda dentro dos prazos estabelecidos nas normativas da ANS, para o procedimento solicitado.

10.24. A **OPERADORA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

10.25. Quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, contínua ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, incidirá coparticipação no percentual de 50% (cinquenta por cento), sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação. Esta incidência se dará independentemente de o produto ser ou não coparticipativo.

E – Junta Médica e Odontológica

10.26. No caso de situações de divergências médicas a respeito de auditoria médica, a definição de impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante, por médico da **OPERADORA** e por

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais citados, cuja remuneração ficará a cargo da **OPERADORA**.

10.27. Os pedidos de órteses e próteses, bem como de procedimentos, terapias, feitos pelo médico/profissional assistente serão avaliados pela auditoria, quanto à indicação, quantidade e, em caso de divergência, será formada junta médica para dirimir o impasse.

10.28. Havendo instauração de junta médica / odontológica, o beneficiário poderá ser notificado para participar, prestar esclarecimentos e apresentar laudos e exames e o seu procedimento obedecerá à regulamentação da ANS, atualmente a RN 424/2017, especialmente os artigos 13 a 20.

F – Mecanismos Financeiros de Regulação – Coparticipação e/ou Franquia

10.29. Será cobrada coparticipação ou franquia em decorrência da utilização dos eventos em saúde e procedimentos garantidos pela Contratada.
10.29.1. Os procedimentos e eventos em saúde passíveis de cobrança de mecanismos financeiros serão classificados/agrupados pela Contratada na Proposta de Adesão, de acordo com seus correspondentes valores ou percentuais de coparticipação ou franquia.
10.29.2. A lista contendo individualmente os nomes dos procedimentos e eventos em saúde pertencentes a cada grupo ou classe indicada na Proposta de Adesão poderá ser consultada pelos beneficiários no site da Contratada.

10.30. Internação Psiquiátrica. A partir do 31ª dia de internação durante o ano contratual, de forma consecutiva ou não, será cobrada coparticipação por dia de internação. Essa coparticipação é específica para as internações psiquiátricas e será de 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, contratado entre a **OPERADORA** e o Prestador, e se dará independentemente de o produto ser ou não coparticipativo.

10.31. Para fins deste contrato, entende-se por:
a) coparticipação como sendo o valor devido pelo **CONTRATANTE** à **OPERADORA** de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário;
b) franquia como sendo o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou contratada.

11. FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DOS VALORES CONTRATADOS – MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO

Formação do Preço
11.1. Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, de acordo com as condições firmadas e constantes na proposta de admissão, sendo o pagamento valor da mensalidade efetuado pelo **CONTRATANTE** antes da possibilidade de utilização das coberturas Contratadas. A precificação desse contrato levou em consideração que a cobertura prestada será exclusivamente a constante no rol de eventos e procedimentos da ANS constante no website www.gov.br/ans/pt -br.

11.2. MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO

11.2.1. O pagamento da mensalidade, decorrente deste Contrato, é de responsabilidade exclusiva do **CONTRATANTE**.
11.2.2. Os valores pagos a título de coparticipação, se aplicáveis, serão encaminhados, de forma destacada, juntamente com o boleto mensal.
11.2.3. Caso o **CONTRATANTE** não receba a fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à **OPERADORA**, ou baixar do sítio eletrônico ou aplicativo da **OPERADORA**, na área do cliente.
11.2.4. Ficará a cargo da **OPERADORA** a escolha do modo de cobrança mais adequado à região, ficando, desde já autorizada pelo **CONTRATANTE** a enviar o boleto digital e documentos relativos ao contrato, por meio virtual, nos endereços eletrônicos, informados na Proposta de Adesão ou através do aplicativo.
11.2.5. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da mensalidade, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia que não haja expediente bancário.
11.2.6. O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.
11.2.7. Em casos de atraso no pagamento das mensalidades, será cobrada multa em favor da **CONTRATADA** de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária pelo IGPM.
11.2.8. O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês, não quita débitos anteriores.
11.2.9. O **CONTRATANTE** tem conhecimento de que, na hipótese de atraso ou inadimplemento de quaisquer das parcelas da mensalidade, o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros órgãos de restrição de crédito, além de estar sujeito à cobrança judicial, observada a legislação vigente.

12. REAJUSTE

12.1. Todos os valores do contrato – coparticipações, mensalidades, custos de cartões - serão reajustados anualmente, independentemente da data de inclusão dos Beneficiários, no aniversário de vigência do contrato, sem prejuízo das variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária.

12.2. Enquanto vigente a competência da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS para determinar o percentual máximo de reajuste anual das mensalidades do plano de saúde, as mensalidades serão reajustadas anualmente pelos índices autorizados pela mesma, na forma da legislação vigente, tendo como data-base o mês de aniversário de assinatura do contrato.

12.3. No caso de a legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses a **OPERADORA** adotará este novo período de reajuste.

13. FAIXAS ETÁRIAS

13.1. A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário.

13.2. Para fins deste plano privado de plano de assistência à saúde são adotadas as seguintes faixas etárias, de acordo com a regulamentação da ANS:

FAIXA ETÁRIAS

00 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 ou mais

13.3. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, o valor da mensalidade será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente.

13.4. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária que incidirá sobre o preço pago pelo Beneficiário não se confunde com o reajustamento pela variação de custos.

13.5. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

13.6. Os percentuais de variação e os valores das mensalidades estão demonstrados na Proposta de Adesão.

13.7. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

14. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1. Cessarão automaticamente as coberturas do plano para o beneficiário titular:
a) Quando expressa e comprovadamente solicitar sua exclusão;
b) Quando vier a falecer;
c) Quando o presente contrato for rescindido.

14.2. Cessarão automaticamente as coberturas do plano para o beneficiário dependente:
a) Quando o beneficiário titular solicitar sua exclusão;
b) Quando o beneficiário dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadoras de sua inclusão no plano, quer seja pelo divórcio, dissolução da sociedade conjugal, atingimento da idade máxima;
c) Quando o presente contrato for rescindido.

14.3. A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue este contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

14.4. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei n° 9.656, de 1998.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

14.5. Em caso de óbito do Titular ou do Dependente, deverá ser solicitada sua exclusão com apresentação da Certidão de Óbito em até 30 (trinta) dias, para se evitar a cobrança indevida de mensalidades.

15. RESCISÃO/SUSPENSÃO

Hipóteses de suspensão/rescisão unilateral pela OPERADORA.
15.1. A **OPERADORA** poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato, observadas a Lei nº 9.656/98 e a regulamentação vigente da ANS, exclusivamente nas hipóteses abaixo:
I – Fraude devidamente comprovada, praticada pelo beneficiário titular e/ou por seus dependentes, inclusive nos casos em que seja identificada omissão de informação relevante no ato da contratação/adesão acerca de Doença ou Lesão Preexistente - DLP, quando aplicável, assegurados o contraditório e a ampla defesa e, quando exigido pela regulamentação, com apuração em processo administrativo perante a ANS;
II – Inadimplência, desde que configurado o não pagamento de, no mínimo, 2 (duas) mensalidades, consecutivas ou não, dentro do período de 12 (doze) meses, e desde que cumpridos integralmente os requisitos de notificação, comprovação e prazos previstos na RN nº 593/2023, suas atualizações e demais normas aplicáveis.

15.2. Regras obrigatórias para rescisão por inadimplência
15.2.1. A **OPERADORA** deverá realizar notificação por inadimplência até o 50º (quinquagésimo) dia do não pagamento, como pré-requisito para eventual exclusão/suspensão/rescisão por inadimplência. Caso a notificação seja recebida após o 50º (quinquagésimo) dia, ela será considerada válida, desde que seja garantido prazo mínimo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para quitação do débito.
15.2.2. Para que haja exclusão/suspensão/rescisão por inadimplência, deverá haver no mínimo 2 (duas) mensalidades não pagas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses.
15.2.3. Os dias de atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de suspensão/rescisão.
15.2.4. A exclusão/suspensão/rescisão por inadimplência somente poderá ocorrer após decorrido o prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação, e se o débito não tiver sido pago nesse prazo.
15.2.5. Caso o valor do débito e/ou a própria inadimplência seja formalmente questionado à **OPERADORA** pelos canais adequados dentro do prazo acima, a **OPERADORA** deverá responder ao questionamento, concedendo novo prazo de 10 (dez) dias para pagamento do débito em aberto, se houver.
15.2.6. A **OPERADORA** realizará a notificação por inadimplência toda vez que houver possibilidade de exclusão/suspensão/rescisão por inadimplência, ainda que já tenha notificado anteriormente em situação semelhante envolvendo a mesma pessoa e o mesmo contrato.

15.3. Meios de notificação e comprovação
15.3.1. A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos meios previstos na RN 593/2023 e suas atualizações, dentre eles:
a) e-mail com certificado digital e confirmação de leitura;
b) SMS;
c) mensagem por aplicativo com troca de mensagens criptografadas;
d) ligação telefônica gravada (pessoal ou URA);
e) carta com Aviso de Recebimento - AR (não sendo necessária assinatura do próprio destinatário);
f) preposto, com comprovante de recebimento assinado.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

15.3.2. A notificação realizada por SMS ou aplicativo somente será válida se o destinatário responder confirmando ciência.
15.3.3. Para a notificação, serão usadas as informações fornecidas pela pessoa a ser notificada e cadastradas na **OPERADORA**.
15.3.5. Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos na RN 593/2023 e suas atualizações, a **OPERADORA** poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato por inadimplência decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

15.4. A notificação por inadimplência deverá conter, no mínimo, as informações exigidas pela RN 593/2023 e suas atualizações, incluindo:
a) identificação da operadora;
b) identificação do contratante e beneficiários (com CPF);
c) identificação do plano (com registro ANS);
d) valor exato e atualizado do débito;
e) competências em aberto e dias de inadimplência;
f) forma e prazo para pagamento; e
g) meios de contato para dúvidas.

15.5. Durante a internação de qualquer beneficiário (titular ou dependente) em plano com cobertura hospitalar, é vedada, por qualquer motivo, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da **OPERADORA**. Após a alta, a **OPERADORA** poderá realizar a notificação para fins de suspensão/rescisão, garantido o prazo de 10 (dez) dias para pagamento do débito.

15.6. A extinção do vínculo ocorrida por fraude não desobriga o beneficiário titular do desembolso de despesas e do ressarcimento de prejuízos que tenha causado, direta ou indiretamente, inclusive por intermédio de seus dependentes, sem prejuízo das medidas cabíveis.

15.7. O Titular poderá manifestar a intenção de rescindir o contrato por meio das seguintes formas:
a) presencialmente, na sede da **OPERADORA**, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;
b) por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela **OPERADORA**; ou
c) por meio da página da **OPERADORA** na internet.

15.8. Caso o beneficiário Titular manifeste intenção de rescindir o presente contrato antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, ficará sujeito ao pagamento de multa rescisória equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades vincendas, conforme previsão contratual e regulamentação aplicável.

15.9. A **OPERADORA** reserva-se o direito de cobrar do beneficiário titular, pelos meios legais cabíveis, após a rescisão do contrato, eventuais valores devidos, inclusive coparticipação e demais despesas relacionadas a atendimentos realizados durante a vigência contratual, observado o regramento aplicável.

15.10. O beneficiário reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **OPERADORA**, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele e/ou seus dependentes durante a vigência contratual, ainda que o tratamento tenha se iniciado anteriormente ao encerramento do contrato.

16. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

16.1. Para os fins desta Cláusula são considerados:
a) "Dados Pessoais": qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("Titular" ou "Titular dos Dados"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identifica direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;
b) "Representante do Titular dos Dados": Um dos pais ou o representante legal, conforme aplicável, para a coleta de consentimento quando ocorrer o Tratamento de Dados Pessoais da Criança.
c) "Criança": Em observância ao art. 2º do Estatuto de Criança e do Adolescente – ECA, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos.
d) "Tratamento": Qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre Dados Pessoais ou sobre conjuntos de Dados Pessoais, por meios automatizados ou não, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição.
e) "Controlador": Parte que determina as finalidades e os meios de Tratamento de Dados Pessoais. No presente Contrato Contratante e Contratada ("Partes") são Controladores.
f) "Operador": Parte que trata Dados Pessoais de acordo com as instruções do Controlador. No presente Contrato, o Operador será o terceiro que poderá ser contratado por qualquer das Partes.
g) "Incidente de Segurança": Acessos não autorizados, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de Tratamento inadequado ou ilícito dos Dados Pessoais.
h) "LGPD" significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018);

16.2. As Partes reconhecem e concordam que, no que diz respeito ao Tratamento dos Dados Pessoais, cada Parte atua como um controlador em relação a tal Tratamento e não se pretende que qualquer Parte atue como um operador para a outra Parte em relação a qualquer atividade de tratamento de referidos dados.

16.3. As Partes declaram, por este instrumento, que cumprem toda legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive, sempre e quando aplicável, a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.7771/2017), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema ("Legislação Aplicável").

16.4. Cada Parte deverá assegurar que quaisquer Dados Pessoais que forneça à outra Parte tenham sido coletados em conformidade com a Legislação Aplicável. As Partes deverão tomar as medidas necessárias, incluindo fornecer informações adequadas aos titulares de dados e garantir a existência de uma base legal, para que a outra Parte tenha o direito de receber tais Dados Pessoais para os fins previstos neste Contrato.

16.5. A Parte que receber os Dados Pessoais fornecidos pela outra Parte deverá tratar os Dados Pessoais somente na medida do necessário para atingir a finalidade pela qual os Dados Pessoais foram fornecidos e para cumprimento das obrigações previstas no presente Contrato. As Partes reconhecem que os Dados Pessoais também poderão ser tratados caso necessários para cumprimento de obrigação legal ou regulatória a qual a Parte esteja sujeita no Brasil ou para o exercício de direitos em processos judiciais, administrativos e arbitrais.

16.6. Cada Parte deverá usar os esforços razoáveis para assegurar que quaisquer Dados Pessoais que forneça à outra Parte sejam precisos e atualizados.

16.7. Durante a vigência deste Contrato e sem prejuízo do cumprimento de obrigações previstas na Legislação Aplicável, as Partes observarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança:
a) Estabelecer registros de controle sobre o acesso aos Dados Pessoais mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios de acesso exclusivo para determinados responsáveis.
b) Mecanismos de autenticação de acesso, usando, por exemplo, sistemas de autenticação dupla para assegurar a individualização do responsável pelo Tratamento dos Dados Pessoais, bem como a adoção de técnicas que garantam a inviolabilidade dos Dados Pessoais, prevendo no mínimo a encriptação.
c) Inventário detalhado dos acessos aos Dados Pessoais, contendo o momento, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades.

16.8. As Partes deverão manter sigilo em relação aos Dados Pessoais tratados em virtude deste Contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratarem tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para o Tratamento de Dados Pessoais.

16.9. Na hipótese em que uma Parte não tenha condições isoladas para realizar o cumprimento das obrigações previstas na Legislação Aplicável em relação aos direitos dos titulares, cada Parte deverá auxiliar a outra, de imediato, visando:
a) Confirmação da existência de tratamento.
b) Informação sobre acesso aos dados.
c) Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados.
d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei.
e) Portabilidade dos dados.
f) Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento, quando aplicável.
g) Elaboração de relatórios de impacto à proteção dos Dados Pessoais.
h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa.
i) Revogação do consentimento.
j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no tratamento de dados pessoais.

16.10. Cada Parte deverá informar, de maneira imediata, à outra Parte, qualquer solicitação de correção, eliminação, anonimização ou bloqueio dos Dados Pessoais, que tenha recebido do titular, para que seja repetido idêntico procedimento em relação à própria Part e ou com quaisquer terceiros que tenham recebido os Dados Pessoais do titular em virtude da existência deste Contrato, visando o atendimento da Legislação Aplicável, exceto nos casos em que o envio desta informação seja comprovadamente impossível ou implique esforço desproporcional.

16.11. As Parte se comprometem a, antes da coleta, acesso, uso e transferência dos Dados Pessoais, justificar a operação em uma das bases legais previstas na LGPD para que o Tratamento seja realizado legitimamente.

16.12. As Partes expressamente se comprometem a tratar os Dados Pessoais sensíveis que lhes forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o titular em estrita observância das regras específicas previstas na Legislação Aplicável, incluindo, mas não se limitando à LGPD.

16.13. As Partes se comprometem a tratar os Dados Pessoais de Crianças e adolescentes em observância do disposto no art. 14, da LGPD.

16.14. Cada uma das Partes será a única responsável, independentemente da necessidade de comprovação de culpa, por eventuais Incidentes de Segurança que venham a ocorrer em relação aos Dados Pessoais tratados sob sua responsabilidade.
16.14.1. Caso uma das Partes seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão do Incidente de Segurança, fica garantido a essa Parte o direito de chamamento ou denunciação à lide, nos termos do Código de Processo Civil.
16.14.2. Em caso de Incidente de Segurança envolvendo Dados Pessoais obtidos em decorrência deste Contrato, independentemente do motivo que o tenha ocasionado, deverão as Partes, imediatamente, comunicarem -se mutuamente, através de notificação formal, certificando-se do recebimento, contendo no mínimo as seguintes informações:
a) data e hora do Incidente de Segurança;
b) data e hora da ciência pela Parte notificante;
c) relação dos tipos de dados afetados pelo Incidente de Segurança;
d) quantidade e relação de Titulares afetados pelo Incidente de Segurança;
e) dados e informações de contato do Encarregado de Proteção de Dados (DPO) para fornecer outras informações sobre o Incidente de Segurança;
f) descrição das possíveis consequência do Incidente de Segurança;
g) indicação das medidas adotadas, em andamento, e futuras para reparar o dano e evitar novos Incidentes de Segurança.
16.14.3. Caso a Parte não disponha de todas as informações elencadas no item acima no momento do envio da notificação, deverá encaminhá-las gradualmente, desde que o envio de todas as informações não exceda o prazo de 24 (vinte e quatro) horas a partir da ciência do incidente.

16.15. As Partes disponibilizarão toda a documentação necessária para demonstrar o cumprimento às obrigações estabelecidas neste Contrato e/ou na Legislação Aplicável, em período previamente combinado entre as Partes. Fica garantido às Partes o direito a realização de pelo menos uma auditoria semestral nos sistemas uma da outra, com o objetivo de verificar medidas e controles de segurança da informação e adequação do Tratamento de Dados Pessoais ao objeto e às obrigações do presente Contrato.
16.15.1. O relatório de auditoria deverá ser enviado à Parte auditada e à Parte solicitante, simultaneamente, e deverá ser considerada confidencial, podendo as Partes apenas divulgá-lo a seus respectivos assessores legais.
16.15.2. Os custos da auditoria deverão ser suportados pela Parte solicitante.
16.15.3. As Partes se comprometem a tomar todas as medidas para garantir que quaisquer vulnerabilidades de sistema, processos, governança e outros apontados no relatório de auditoria sejam tratados adequadamente, devendo preparar um plano de ação com cronograma razoável para a realização de referidas atividades, sem prejuízo da Parte solicitante decidir pela rescisão deste Contrato, uma vez consideradas graves as irregularidades verificadas.
16.15.4. Caso requerido por uma das Partes e não havendo a rescisão deste Contrato, referido plano de ação deverá ser compartilhado com a outra Parte, devendo a Parte auditada enviar a cada período trimestral uma atualização de status para atendimento a todos os pontos constantes do plano de ação.

16.16. Caso uma Parte tenha necessidade de compartilhar com terceiros os Dados Pessoais recebidos pela outra Parte, independentemente do motivo, deverá referida Parte impor a tais terceiros o dever de, no mínimo, cumprir com as obrigações estabelecidas neste Contrato bem como na Legislação Aplicável, sendo inclusive, responsável, perante a outra Parte, pelas atividades de Tratamento de Dados Pessoais exercidas pelo terceiro contratado e por eventuais Incidentes de Segurança.

16.17. Ao término da relação entre as Partes, cada Parte deverá, em caráter definitivo, eliminar, anonimizar e/ou bloquear acesso aos Dados Pessoais que tiverem sido tratados em decorrência do Contrato, salvo se referida Parte tiver base legal, de acordo com a Legislação Aplicável, para continuar o tratamento dos Dados Pessoais.

16.18. Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista nesta Cláusula ou em caso de Incidente de Vazamento que imponha o dever à Parte inocente de indenizar o titular dos Dados Pessoais ou quaisquer terceiros, ficará a Parte infratora com a obrigação de reparar eventuais perdas e danos, as quais não estarão sujeitas a qualquer limite, ainda que disposto de outra forma no Contrato ou em qualquer outro instrumento firmado pelas Partes.

16.19. Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos nesta Cláusula, as Partes deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

17. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

17.1. O **CONTRATANTE** por meio do presente instrumento se compromete a obter junto aos Beneficiários a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual eles consentem e concordam que a **OPERADORA** realize o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), tomando decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, realizando operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

17.2. Sendo assim, o **CONTRATANTE** garante que a **OPERADORA** está autorizada a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos dados pessoais dos Beneficiários, cujo tratamento já está respaldado por base legal, regulamentar ou contratual também para as seguintes finalidades:
a) Possibilitar que a **OPERADORA** envie ou forneça ao Beneficiário seus produtos, serviços e benefícios advindos de convênio ou contrato com terceiros, de forma remunerada ou gratuita.
b) Possibilitar que a **OPERADORA** estruture, teste, promova e faça propaganda de produtos e serviços, personalizados ou não ao perfil do Beneficiário.

17.3. O **CONTRATANTE** assegura que colherá o consentimento dos Beneficiários para que a **OPERADORA** esteja autorizada a compartilhar os seus dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas nesta Cláusula, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709/2018.

17.4. A **OPERADORA** responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

17.5. O **CONTRATANTE** assegura, por meio do consentimento a ser colhido junto aos Beneficiários, que a **OPERADORA** poderá manter e tratar os dados pessoais daqueles durante todo o período em que estes forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas nesta Cláusula.

18. DEFINIÇÕES

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ACONSELHAMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: Processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou do casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AI DS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto.

ADJUVANTES: São os medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: Autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência à saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: É qualquer acréscimo no valor da mensalidade (mensalidade) paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura Contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a **OPERADORA** e o beneficiário.

AMBULATÓRIO: Estrutura onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros, outros procedimentos e terapia, que não exijam internação para o atendimento dos beneficiários.

ANTICONCEPÇÃO: Prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO: Especificação nominal do estado ou municípios que integram a área geográfica de abrangência, onde a **OPERADORA** fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde Contratadas pelo beneficiário.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: Área em que a **OPERADORA** fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde Contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: É aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros, outros procedimentos e terapias que não exijam internação para o atendimento, conforme especificado na Resolução Normativa - RN n° 4 65/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações.

ATENDIMENTO CLÍNICO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: É aquele realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

ATENDIMENTO ELETIVO: Termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO: Atividades de prevenção, recuperação e tratamentos de doenças que acometem o aparelho genital feminino, inclusive as mamas.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: Todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

ATIVIDADES EDUCACIONAIS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: São as atividades executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTO DE SAÚDE: Mecanismo de regulação da **OPERADORA** que consiste em avaliação da solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde.
BENEFICIÁRIO: Pessoa inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.
BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: Qualquer pessoa incluída no mesmo plano de assistência à saúde, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao beneficiário titular, exclusivamente, na forma e condições previstas neste instrumento.
BENEFICIÁRIO TITULAR: É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual o caracteriza como detentor principal do vínculo com a **OPERADORA**.
BENEFÍCIO: É uma cobertura não obrigatória pela regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas no contrato.
CÁLCULO ATUARIAL: É o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do consumidor beneficiário e tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico -financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.
CARÊNCIA: É o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o **CONTRATANTE** paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.
CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: Cédula onde se determina a identidade do beneficiário, validade, código de inscrição na **OPERADORA**, e, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.
CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT: Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
COBERTURAS: São as cláusulas Contratadas que definem os direitos dos beneficiários.
COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: Alterações patológicas durante a gestação, como por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
CONCEPÇÃO: Fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto.
CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da **OPERADORA** quanto do **CONTRATANTE** e dos beneficiários inscritos em um mesmo plano privado de assistência à saúde.
CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): É o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, fixar diretrizes gerais para implementação do setor de saúde suplementar, deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões, nos moldes do art. 35 -A da Lei n° 9.656/98.

CONSULTA: É o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.
CONVIVENTE/COMPANHEIRO: Pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, companheiro.
COPARTICIPAÇÃO: Mecanismo de regulação financeira que consiste na parte efetivamente paga pelo consumidor à Operadora de plano privado de assistência à saúde, referente a realização do procedimento.
DADOS PESSOAIS: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("Titular" ou "Titular dos Dados"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identifica direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular.
DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("Titular" ou "Titular dos Dados") referente a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou vida sexual, dados genéticos ou biométricos.
DECLARAÇÃO DE SAÚDE - DS: É o formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.
DIRETRIZES CLÍNICAS: Aquelas que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e definem a cobertura mínima obrigatória.
DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO - DUT: Aquelas que estabelecem critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I da Resolução Normativa -RN 465/ 2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações.
DOENÇA: É o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
DOENÇA AGUDA: Falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.
DOENÇA CONGÊNITA: Doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intrauterina, podendo manifestar -se a qualquer tempo.
DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE - DLP: Aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
DOENÇA PROFISSIONAL: É aquela adquirida em consequência do trabalho.
EMERGÊNCIA: É o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
ENTREVISTA QUALIFICADA: Orientação ao beneficiário, realizada às expensas da **OPERADORA**, executada por médico credenciado e/ou referenciado pela **OPERADORA**, antes ou por ocasião da contratação do plano, para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são informadas as doenças ou lesões que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e para esclarecer sobre questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
EVENTO: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença, nesta definição incluídas as eventuais internações hospitalares.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

EXAME: É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: É o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela **OPERADORA** cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.
EXCLUSÃO DE COBERTURA CONTRATUAL: Situação na qual, de acordo com a legislação de plano de saúde e o contrato, procedimento e/ou evento em saúde não são de cobertura obrigatória pela **OPERADORA** de plano privado de assistência à saúde.
GUIA MÉDICO DA REDE: Publicação da **OPERADORA**, onde consta a relação de médicos credenciados e/ou contratados, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados para atendimento dos beneficiários.
HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: Hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela **OPERADORA**.
HOSPITAL-DIA: Recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional.
INSCRIÇÃO: É o ato de incluir um beneficiário no plano de saúde, condicionado ao aceite da **OPERADORA**.
INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Situação na qual o beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
MECANISMO DE REGULAÇÃO: Meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas Operadoras para gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde.
MÉDICO ASSISTENTE: É o profissional médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.
MENSALIDADE: Contraprestação pecuniária paga pelo **CONTRATANTE** à **OPERADORA**.
OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que opere produto, serviço ou contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde.
ÓRTESE: Entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
PARTO A TERMO: aquele que ocorre a partir da 39ª semana de gestação.
PATOLOGIA: Modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: Intervalo de tempo, entre cada admissão e alta, em que o paciente permanece no hospital ou clínica psiquiátrica sob supervisão médica e/ ou de enfermagem, para fins diagnósticos e/ou terapêuticos.
PLANEJAMENTO FAMILIAR: Conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.
PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo **CONTRATANTE**.
PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR: É aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Qualquer plano comercializado por uma Operadora que ofereça cobertura para atendimentos médico-hospitalares ou quaisquer outros para assistência à saúde.
PRIMEIROS SOCORROS: É o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

PROCEDIMENTO: É qualquer ato médico praticado e seus complementares, entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias e seus respectivos materiais, taxas, serviços e medicamentos.
PRODUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL: É o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.
PRODUTOS: São modalidades de planos de saúde oferecidos pela **OPERADORA**.
PROPOSTA DE ADESÃO: É o documento preenchido pelo **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato, na qual o proponente manifesta a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos neste instrumento.
PRÓTESE: É entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: Entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.
REAJUSTE ANUAL DE VARIÇÃO DE CUSTO: Aumento da mensalidade para a correção do desequilíbrio na carteira de planos privados de assistência à saúde em função da variação dos custos médico hospitalares ocorridas no período de 1 (um) ano.
REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA: Aumento da mensalidade no plano de saúde em função do deslocamento do beneficiário de uma faixa etária para outra.
REDE ASSISTENCIAL OU REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela Operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação.
REDE PRÓPRIA: Recurso físico de propriedade da Operadora, ou de sociedade controlada pela Operadora, ou ainda, de sociedade controladora da Operadora conforme a Resolução Normativa – RN N° 510 de 2022.
REEMBOLSO: Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do plano privado de assistência à saúde.
ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS através de anexo à Resolução Normativa – RN 465/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1° de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998.
SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: São aqueles serviços que não são de propriedade da Operadora, mas que são citadas no Guia Médico para atendimento apenas nas situações expressamente previstas neste instrumento contratual.
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Serviços ou coberturas adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, no caso deste instrumento.
SERVIÇOS PRÓPRIOS DA OPERADORA: Estabelecimento hospitalar ou Clínica/Consultório de propriedade da **OPERADORA**.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

TABELA DE REFERÊNCIA: Lista indicativa de procedimentos médico-hospitalares e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.
TRATAMENTO: Qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;
URGÊNCIA: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com risco de vida, exigindo tratamento imediato.

19. DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a Operadora, mesmo em caso de atendimentos por outras Operadoras, por meio do compartilhamento de rede (os quais se darão exclusivamente nos casos previstos neste instrumento), com o que manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

19.2. O **CONTRATANTE** autoriza a **OPERADORA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

19.3. A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como intimação do **CONTRATANTE** e de seus beneficiários, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

19.4. O **CONTRATANTE** assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Adesão.

19.5. O **CONTRATANTE** deverá notificar a **OPERADORA** sobre eventual mudança de endereço, bem como alterações dos seus documentos sociais, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

19.6. Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço por parte do **CONTRATANTE**, esta será considerada notificada automaticamente de todas as correspondências enviadas pela **OPERADORA** para o último endereço informado, independentemente da respectiva comprovação de recebimento pelo **CONTRATANTE**, inclusive nos casos de notificação para rescisão contratual e demais correspondências.

19.7. O **CONTRATANTE** é a única responsável pelas atualizações dos endereços e/ou dados cadastrais dos beneficiários inscritos neste contrato, devendo informar à **OPERADORA** as respectivas alterações, eximindo-a, inclusive, de quaisquer responsabilidades em relação às negligências dessas ações.

19.8. Os dispositivos contratuais que transcrevem regras previstas na legislação de saúde suplementar e demais normativos regulamentares acompanharão a vigência dos referidos atos, de forma que, quando cabível, posterior alteração promovida pelos órgãos competentes automaticamente produzirá efeitos sobre as respectivas cláusulas contratuais.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

19.9. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à disposição do beneficiário na sede da **OPERADORA**, para consulta e cópia. Caso os beneficiários prefiram, também poderão consultar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS por meio de seu endereço eletrônico.

19.10. Caso algum procedimento seja acrescido por caracterizar nova tecnologia a ser utilizada na prática médica, por ter sido inserido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde pela ANS, a **OPERADORA** reserva-se no direito de cobrar coparticipação também sobre o novo procedimento, se o produto for coparticipativo.

19.11. A **OPERADORA** não autorizará procedimentos em hospital, clínica ou terceiro prestador de serviço credenciado que adote tabela de preços própria, diferente da Tabela de Referência praticada pela **OPERADORA**, cabendo ao beneficiário que optar por estes estabelecimentos arcar com os custos decorrentes do atendimento, assumindo as despesas e negociando diretamente com o prestador.

19.12. A **OPERADORA** não reembolsará despesas em hospitais e demais prestadores que não possuam credenciamento para atendimento, salvo nos casos previstos neste instrumento.

19.13. Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, o **CONTRATANTE** poderá encaminhar reclamação escrita para a Ouvidoria da **OPERADORA**, para a devida apuração.

19.14. A **OPERADORA**, por meio do presente instrumento, comunica ao **CONTRATANTE** e aos beneficiários inscritos no plano de saúde ora contratado, que as substituições de prestadores havidas na rede assistencial ficarão disponíveis no campo "SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES" presente no site da **OPERADORA** e em seus canais de atendimento.

19.15. O **CONTRATANTE** DECLARA QUE A **OPERADORA** OFERECE NO ATO DA CONTRATAÇÃO DO PRESENTE INSTRUMENTO O PLANO REFERÊNCIA, COM SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL PREVISTA NO CAPUT DO ARTIGO 10 DA LEI N° 9.656/98, NOS MOLDES DO QUE DETERMINA O §2º DO REFERIDO DISPOSITIVO LEGAL.

19.16. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

19.17. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

20. ELEIÇÃO DE FORO

21.1. Fica eleito o foro da Comarca de domicílio do **CONTRATANTE** para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem assim, justas e Contratadas, as partes acordam pela formalização do presente instrumento, conforme a data e assinatura do **CONTRATANTE** e da **OPERADORA** contidas na Proposta de Adesão.

VIVER SAÚDE LTDA.

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22

VIVER SAÚDE LTDA
R. Maxaranguape, 920 - Tirol, Natal - RN
CNPJ: 58.054.221/0001-22